

# 高額療養費 支給事前申請書

被保険者番号	
個人番号	*****
氏名	
生年月日	昭和 年 月 日

整理番号	
------	--

大阪府後期高齢者医療広域連合長

## 高額療養費の事前申請(振込口座申請)のお願い

令和4年10月1日からの医療費の窓口負担見直しに伴って、2割負担の対象者につきましては、負担が急増しないよう、3年間の配慮措置として、外来医療の負担の増加額が月3,000円を超えた金額を高額療養費として給付します。

支給対象となった際、今回お送りしました支給事前申請書を提出し、高額療養費の振込口座を事前に登録しておくことで、支給が円滑に行われるようになります。つきましては、右側の申請書に振込口座などを記入し、同封の提出書類用貼付台紙に被保険者証の写しと申請する口座情報の写しを貼付のうえ、提出していただきますようお願いいたします。

なお、このお知らせは、高額療養費の支給対象となったことをご知らせするものではありませんので、ご理解のほどよろしくお願いいたします。

### 記

- 被保険者番号 …
- 氏名 …
- 申請期間 … 令和4年10月1日～令和4年11月30日
- 申請方法 … 申請書にご記入いただき返信用封筒に封入して、ポストに投函してください。
- 提出するもの …
  - ・支給事前申請書(この面の右ページ)
  - ・被保険者証の写し(被保険者番号・氏名・生年月日等が記載されたページ)
  - ・通帳等の写し(口座情報が分かるもの)

※被保険者証と通帳等の写しは、別紙の提出書類貼付台紙に貼付してください。

【被保険者本人に代わって、法定代理人が申請する場合】  
上記に加えて、「法定代理人の代理権を証明する書類(登記事項証明書等)」を提出してください。  
※法定代理人の代理権を証明する書類は裏面に貼付せず、返信用封筒に同封してください。
- 事前申請に関するお願い … 申請書には通帳等の口座番号・名義人等は正しく記入し、提出する書類等に不足がないか、ご確認のうえ申請をお願いいたします。

※事前申請は令和4年10月診療分から適用されます。令和4年9月診療分以前の高額療養費のお知らせが届いた場合は、高額療養費支給申請書をお住まいの市区町村に提出してください。

※通知作成時点(令和4年8月25日)において被保険者であり、高額療養費用の口座登録をされていない方に送付しています。

### 問い合わせ先

住所 〒135-0042 東京都江東区木場2-7-23 第一ビル本館4階  
 名称 アデコ株式会社 気付 大阪府後期高齢者医療広域連合 高額療養費事前申請事務センター  
 電話番号 06-4400-5482 電話受付時間は、平日 午前9時～午後5時30分です。(年末年始を除く)  
 アデコ株式会社は「大阪府後期高齢者医療広域連合の高額療養費の事前申請業務」を受託しています。

### 振込先

口座名義人 (カタカナ)	姓(セイ)	
	名(メイ)	

※姓(セイ)と名(メイ)は行を分けて記入してください。

◎ "ゆうちょ(郵便局)" もしくは "ゆうちょ以外(銀行口座)" の **どちらか1つに"✓"** してください。

ゆうちょ       ゆうちょ以外(銀行口座)

郵便局の通帳に 振込の場合	記号	番号	預金種目
			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 振替 <input type="checkbox"/> 貯蓄

※番号は、「右詰め」で記入してください。

### 銀行口座に振込の場合 ※欄に"✓"を入れてください。

金融機関名	種別	支店名	金融機関・支店コード
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 労働金庫 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> その他 [    ]	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> その他 [    ]	銀行コード 支店コード
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄	口座番号	※口座番号は、「右詰め」で記入してください。

### 大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

今後、高額療養費の支給事由が生じた場合には、上記のとおり、その支給を申請します。また、今後生じる高額療養費について、この申請書をもって請求し、上記口座に振り込みすることを承諾します。

申請者 (被保険者又は法定代理人) 令和 年 月 日  
 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

委任状

令和 年 月 日 (口座名義人)  
 上記給付の受領に関する一切の権限を \_\_\_\_\_ に委任します。

委任者 (申請者) 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

※申請者が手書きされた場合は、押印は必要ありません。